

stimulants ; et plus tard, s'il survient de l'inflammation, par les sangsues et les mercuriaux. Si l'invasion a été graduelle, les premiers symptômes peu graves, et si la tumeur est peu développée, il sera prudent de se tenir dans l'expectative. En pareil cas, il n'est pas rare que le repos et une diète sévère fassent justice des accidents ; ou bien encore, après que les phénomènes aigus ont cédé, on aidera à la résorption de l'épanchement par de petites doses de mercure, des cataplasmes, de petits vésicatoires, etc., ou l'on emploiera des moyens résolutifs par le vagin. En tout cas, on insistera sur le repos, associé à un traitement antiphlogistique.

Il reste maintenant à discuter le traitement chirurgical. Tout d'abord, l'avantage de diminuer la tension, en donnant issue au sang épanché et en faisant des injections dans la poche, se présentait d'une manière si évidente, que ce moyen fut adopté par les chirurgiens français. Sur 20 cas ainsi traités, d'après Aug. Voisin, le résultat fut de 15 guérisons et 5 morts, résultat qui fit abandonner ce traitement. Le traitement adopté par Nonat consiste surtout dans le repos, la position horizontale, les cataplasmes, les onctions mercurielles, l'application du froid sur le ventre et les cuisses, et la saignée du bras trois fois par mois. Trousseau préconise surtout le fer et le quinquina comme moyens préventifs ; les astringents et les acides contre l'hémorrhagie, en même temps que des cataplasmes émollients. Aran est opposé au traitement chirurgical et recommande les sangsues contre la péritonite.

Simpson conseille de s'abstenir de tout traitement chirurgical, quand la maladie suit une marche graduelle et tranquille. Mais si la tumeur vient à grossir par suite d'inflammation, il recommande, afin de fixer le siège de l'ouverture, de faire une large incision sur le point ramolli, immédiatement derrière le col de l'utérus, et d'enlever tous les caillots avec le doigt.

Suivant nous, il faut tenter l'expectation, et appliquer des cataplasmes. L'ouverture de la poche hématique donne lieu en général à des accidents graves par suite de la décomposition du sang épanché et de la production d'accidents septicémiques.

Si l'on se décidait à faire la ponction il faudrait recourir à un trocart fin, muni d'un aspirateur afin d'éviter l'entrée de l'air.

Si la poche vient à suppurer, comme cela se voit quelquefois, on peut alors ouvrir l'abcès et faire dans sa cavité des injections avec de l'eau phéniquée.

Si l'on est assez heureux pour être appelé pour une hématocele en voie de formation, il sera bon de recourir à l'expectation, aux applications froides et au repos horizontal. L'époque suivante des règles exigera une attention spéciale : le repos absolu, de la tranquillité, quelques laxatifs et, s'il est nécessaire, quelques sangsues à la région ovarique suffiront probablement à conjurer de nouveaux accidents.

SECTION II

MALADIES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

OCCLUSION DE L'UTÉRUS.

Avant d'en arriver à la description des maladies les plus communes de l'utérus, nous croyons utile de dire quelques mots de l'oblitération plus ou moins complète de l'orifice utérin, qu'elle soit congénitale ou acquise, car elle constitue certainement une variété importante dans les maladies fonctionnelles de cet organe.

Cette condition morbide de l'orifice utérin peut être ou congénitale ou acquise, complète ou incomplète.

ARTICLE PREMIER

OCCLUSION CONGÉNITALE.

En parlant de l'atrésie vaginale, nous avons cité un certain nombre de cas où l'orifice utérin offrait des conditions analogues, et ce double vice de conformation n'est pas rare. Mais, d'autre part, il peut se faire que les conditions anatomiques du vagin soient normales, et qu'en même temps l'orifice utérin soit imperforé, comme dans les observations publiées par Oldham (1), Owen (2), Martin (3), Hatin (4), et d'autres (5).

§ I. — Symptômes.

Les symptômes, dans ces cas, dépendent tout à fait de l'existence des règles. Si elles existent, on observera un effort de la nature à l'époque voulue, du malaise, de la souffrance, une sensation de poids dans le ventre, du ténesme utérin, de la douleur de reins, puis une tumeur se forme graduellement au-dessus des pubis, ressemblant, pour la forme et la situation, à un utérus gravide. S'il n'existe pas de sécrétion menstruelle, et il peut ne pas y en avoir, comme on le voit dans les observations d'Oldham et Waston, il n'y aura pas de tumeur, ni aucun des phénomènes qui caractérisent les périodes cataméniales. Le fait du développement complet des organes sexuels nous conduit à admettre l'existence des ovaires, ce qui rend plus difficile l'explication

(1) Oldham, *Med. Times and Gazette*, 27 mars 1852.

(2) Owen, *Lancet*, 14 octobre 1837.

(3) Martin, *Bull. méd. belge*, février 1838.

(4) Hatin, *Journal des connaissances médicales*, avril 1839.

(5) *London Med. Journal*, vol. IV, p. 243.

de l'absence de sécrétion menstruelle, à moins que nous ne l'attribuions à ce merveilleux instinct par lequel les organes s'accommodent, pour ainsi dire, aux circonstances particulières qui les entourent.

Il n'est pas moins curieux de voir que des femmes placées dans ces conditions exceptionnelles puissent conserver leur santé pendant un temps souvent fort long, comme cela est noté dans l'observation de Oldham.

Quand l'accumulation prend une certaine importance, il sera facile de faire une erreur de diagnostic, si on examine légèrement. La forme, la situation de l'utérus, la sensation que donne le toucher de la tumeur, ressemblent à ce qu'on rencontre dans la grossesse. Mais il est vrai qu'on n'entend ni le souffle placentaire, ni les bruits du cœur du fœtus. Quoique ces signes puissent nous éloigner de l'idée d'une grossesse normale, ils ne jetteraient qu'une lumière bien insuffisante sur la véritable nature de la maladie. Mais l'existence d'un molimen menstruel, l'absence de tout écoulement, doit nous faire supposer qu'il y a quelque vice organique. L'examen au spéculum et avec une bougie nous apprendra aussitôt que l'orifice utérin est imperméable.

§ II. — Traitement.

S'il y a accumulation de sang, l'indication est formelle : il faut débrider l'orifice. L'opération n'est pas difficile, mais elle demande un peu de soin. On peut ou non se servir du spéculum, selon qu'on le trouve plus ou moins commode. On placera, dans la direction de l'orifice utérin, la pointe d'un bistouri droit, et l'ouverture sera faite en poussant en haut, jusqu'à ce que le contenu s'échappe ; puis on agrandira l'ouverture sur les parties latérales autant qu'il sera nécessaire. On pourra également se servir d'un trocart muni d'un long manche ; on laissera la canule, après en avoir retiré la pointe, jusqu'à ce que l'utérus soit complètement vidé ; on injectera de l'eau tiède dans le vagin, et on appliquera une bande de ventre. Un ou deux jours après que la collection sanguine aura été évacuée, on fera bien d'introduire dans l'ouverture une bougie élastique ou un morceau d'éponge, de façon à conserver l'ouverture béante.

Quant aux cas analogues à ceux de Oldham, dans lesquels il n'y avait pas d'accumulation de liquide et qui n'offrent qu'un inconvénient, la stérilité, l'opération est discutable. L'intervention chirurgicale n'est pas indispensable ; mais comme il y a là un vice de conformation, il nous semble que la question doit être laissée à résoudre par la patiente elle-même.

Il y a beaucoup de cas dans lesquels l'orifice est congénitalement rétréci, à ce point qu'il est à peine perceptible. Nous n'en parlons que

pour mémoire, comme nous y reviendrons à propos de la dysménorrhée due à une cause mécanique, et à propos de la difficulté du travail résultant de l'extrême étroitesse de l'orifice.

ARTICLE II

OCCLUSION ACQUISE.

L'occlusion du vagin, quand elle est secondaire, est pour ainsi dire virtuellement une occlusion de l'utérus, bien qu'elle n'indique pas en réalité l'imperméabilité de l'orifice utérin. Nous pouvons trouver un orifice clos, le vagin étant dans ses conditions normales. Comme cette distinction détermine des indications spéciales et importantes au point de vue pratique, nous traiterons d'abord de l'occlusion partielle, puis de l'occlusion complète de l'orifice utérin.

I. *Occlusion partielle.* — Nous ne comprendrons pas dans ce chapitre les cas ordinaires d'orifice non dilatable ou rigide pendant un premier ou un second accouchement, mais bien les cas où le col est rendu dur et non dilatable, et où l'orifice est rendu plus étroit par une lésion antérieure. La dénomination d'*occlusion partielle* n'est pas très exacte, car souvent nous ne pouvons pas dire si réellement l'orifice était plus étroit ; car nous ne sommes souvent appelés qu'au moment du travail, quand l'orifice est déjà légèrement dilaté. La condition essentielle paraît être que, le col ayant antérieurement subi quelque lésion, il existe une modification dans les tissus, telle qu'elle empêchera la dilatation future de l'orifice.

Smellie a publié trois observations intéressantes.

OBSERVATION I. — L'orifice était fermé par une cicatrice d'une consistance cartilagineuse, résultant d'un accouchement antérieur. Après deux jours d'attente, il fit une incision, mais les parties étaient si rigides, que Smellie fut obligé de terminer l'accouchement avec le perforateur. La patiente mourut vingt-quatre heures après la délivrance (1).

OBSERVATION II. — Des tentatives nombreuses avaient été faites pour dilater l'orifice, mais sans succès, par Burnett et Smellie ; mais la patiente mourut non accouchée au milieu d'une convulsion (2).

OBSERVATION III. — Après avoir renouvelé avec persistance des tentatives pour dilater l'orifice, Smellie incisa le col avec des ciseaux et amena un enfant au moyen de la version. La malade mourut le quatrième jour (3).

OBSERVATION IV, (rapportée par Ashwell, d'après Butler). — La patiente avait vingt-six ou vingt-sept ans. Elle avait subi une opération pour lui constituer un vagin artificiel à l'âge de dix-neuf ans, cinq ans avant son mariage.

(1) Smellie's Cases, vol. III, p. 64.

(2) *Ibid.*, p. 205.

(3) *Ibid.*, p. 211.